

Смышляев А. В.

## МОДЕЛЬ МОТИВАЦИИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Представлено качественное исследование существующих инструментов и моделей мотивации к профессиональному развитию специалистов, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в мировой (США, Канада, Великобритания, Китай) и отечественной практике. Уже более четверти века страны Организации экономического сотрудничества и развития активно имплементируют мотивационные инструменты для развития профессионализации специалистов ПМСП. Во многих странах уже сформированы полноценные мотивационные модели на государственном уровне, что позволяет рассматривать это явление как объект научного исследования. Модель мотивации является необходимым элементом всех современных систем здравоохранения. Для устойчивого развития она должна быть эффективной. Модели разных государств имеют как общие черты, так и национальные отличия. Общемировой тренд — это непрерывное образование, доплаты за квалификацию и профилактика выгорания. При этом североамериканские модели имеют выраженный децентрализованный характер. Европейские страны тяготеют к централизации, но стремятся ввести валидные индикаторы деятельности. Азиатские модели отличаются наличием сверхжесткого государственного регулирования с рыночными механизмами и цифровыми инструментами оценки. Современная российская модель сочетает в себе формальную централизацию при слабом материальном стимулировании профессионального развития.

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь; медицинская организация; первичное звено здравоохранения; профессиональное развитие; мотивационная модель

**Для цитирования:** Смышляев А. В. Модель мотивации к профессиональному развитию специалистов, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(специальный выпуск 2):1051—1056. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-s2-1051-1056>

**Для корреспонденции:** Смышляев Алексей Викторович; e-mail: [alexeyismishlyayev@yandex.ru](mailto:alexeyismishlyayev@yandex.ru)

**Финансирование.** Данная статья подготовлена автором в рамках НИР «Научное обоснование подходов к преобразованию деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, подведомственных ДЗМ» (№ по ЕГИСУ: 123032100061—9).

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Smyshlyayev A. V.

## MODEL OF MOTIVATION FOR PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF SPECIALISTS INVOLVED IN PROVIDING PRIMARY HEALTH CARE

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, 115088, Moscow, Russia

The article presents a qualitative study of existing tools and models of motivation for professional development of specialists involved in the provision of primary health care in the global (USA, Canada, Great Britain, China) and domestic practice. For more than a quarter of a century, the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development have been actively implementing motivational tools to develop the professionalization of primary health care specialists. Many countries have already formed full-fledged motivational models at the state level, which allows us to consider this phenomenon as an object of scientific research. The motivation model is a necessary element of all modern health care systems. For sustainable development, it must be effective. The global trend is continuous education, additional payments for qualifications and burnout prevention. Models of different countries have both common features and national differences. The global trend is continuous education, additional payments for qualifications and burnout prevention. At the same time, North American models have a pronounced decentralized nature. European countries gravitate towards centralization, but strive to introduce valid performance indicators. Asian models are characterized by the presence of ultra-strict state regulation with market mechanisms and digital assessment tools. The modern Russian model combines formal centralization with weak material incentives for professional development.

**Keywords:** primary health care; medical organization; primary health care; professional development; motivational model

**For citation:** Smyshlyayev A. V. Model of motivation for professional development of specialists involved in the provision of primary health care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(Special Issue 2):1051–1056 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-s2-1051-1056>

**For correspondence:** Aleksey V. Smyshlyayev; E-mail: [alexeyismishlyayev@yandex.ru](mailto:alexeyismishlyayev@yandex.ru)

**Source of funding.** This article was prepared by the author within the framework of the research work «Scientific substantiation of approaches to transforming the activities of outpatient and polyclinic institutions subordinate to the Department of Health of the City of Moscow» (EGISU No.: 123032100061—9).

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 31.03.2025  
Accepted 15.07.2025

### Введение

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является приоритетной задачей для развитых и раз-

вивающихся стран [1]. Во многих странах уже сформированы полноценные мотивационные модели на государственном уровне. В Швеции, Нидерландах и

Великобритании в национальные системы здравоохранения внедрены разноплановые программы финансового и нефинансового поощрения. В США и Канаде существует большой опыт мотивационной results-based интеграции в системе здравоохранения. В Японии, Китае уже давно и успешно применяются мотиваторы с опорой на национальные особенности (пожизненный найм, корпоративная лояльность) [2].

В России за последнее десятилетие уполномоченными органами в сфере здравоохранения предпринят ряд мер для развития и внедрения инструментов мотивации в первичном звене. Однако при этом говорить о полнокровно сформированной национальной модели (системе), по мнению ряда экспертов, преждевременно [3]. Инициативы по профессиональному развитию сталкиваются с барьерами: дефицит кадров в первичном звене; существенные различия в социально-экономическом уровне субъектов РФ; высокие бюрократические издержки; несогласованность инициатив [4].

Формирование полноценной мотивационной модели (системы) к профессиональному развитию в первичном звене здравоохранения для России является крайне актуальной проблемой. В контексте поставленных задач Президентом и Правительством РФ в части обеспечения надлежащей ПМСП в сочетании с оптимальной доступностью и максимальной безопасностью необходимым фактором для устойчивого развития системы здравоохранения в целом является развитие профессиональных навыков специалистов [5]. Необходимы консолидированные усилия в сочетании с устранением барьеров и недостатков в мотивационных программах. Это позволит включить дополнительный драйвер развития ПМСП.

**Цель** исследования — провести качественный анализ существующих инструментов и моделей мотивации к профессиональному развитию специалистов, участвующих в оказании ПМСП, в мировой (США, Канада, Великобритания, Китай) и отечественной практике.

### Материалы и методы

В исследование были включены публикации за последние 5 лет по исследуемой тематике из РИНЦ<sup>1</sup> и PubMed<sup>2</sup>. Метод исследования — качественный анализ (контент-анализ, анализ случаев).

### Результаты

Отличительной чертой мотивационной модели в США являются комплексность и сочетаемость программ, направленных на разные области мотива-

ции, и их выраженная децентрализация [6]. Широкое распространение получила система грантов и бонусов Health Resources and Services Administration Programs, реализуемая National Health Service Corps (организация по восполнению дефицита кадров ПМСП в «зонах нехватки»). Участники программы обязаны отработать до 4 лет в «зонах нехватки» и пройти обучение по профилактике хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), получая взамен гранты на образование (до 120 тыс. USD) и погашение кредитов (до 50 тыс. USD в год) [7]. По данным United States Department of Health and Human Services, уровень удержания врачей после контакта достиг 80%, а ежегодное число участников — 10 тыс. человек. Для медсестёр действует Nurse Corps Loan Repayment Program с аналогичными условиями, предусмотрены погашения образовательных кредитов (до 60% в случае практики более 2 лет) и прибавки к зарплате (до 25%) в случае работы на селе [8].

Американская модель включает в себя систему Continuing Medical Education Credits, устанавливающую требования к числу образовательных кредитов (50 в год для врачей, 30 за 2 года для медсестёр) [9]. При превышении нормы предусмотрено премирование до 5 тыс. USD [10].

Важным элементом являются карьерные треки для Advanced Practice Registered Nurses и Physician Assistant, позволяющие медсёстрам с квалификацией Master of Science in Nursing получить должность Family Nurse Practitioner. Это способствует высокому уровню выпускников (более 30%), идущих в первичное звено [9, 10].

Неотъемлемая часть модели — персонифицированные выплаты (Pay-for-Performance) и целевые бонусы за качество ПМСП. Medicare Merit-Based Incentive Payment System регулирует выплаты (до 30 тыс. USD в год) за снижение смертности, госпитализаций и использование электронных карт [6, 7].

За 5 лет результативность врачей выросла на 20%. Также распространены корпоративные программы, например, бесплатное обучение в Kaiser Permanente School of Medicine и Mayo Clinic, повышающее лояльность специалистов [10].

*Канадская модель* носит децентрализованный, но более упорядоченный характер [11]. Развитая система грантов Canada Student Loan Forgiveness for Family Doctors and Nurses предусматривает погашение образовательных кредитов (до 40 тыс. CAD для врачей и 20 тыс. CAD для медперсонала) при обязательстве работать более 5 лет в сельских или отдалённых районах. Результат — удержание до 35% кадров ежегодно (2024 г.). Provincial Programs предлагают стипендии до 100 тыс. CAD врачам и до 10 тыс. CAD медсёстрам за работу в северных провинциях [12, 13].

Непрерывное образование финансируется работодателями: покрытие до 100% расходов на конференции, оплата курсов (до 2 тыс. CAD) и 3 дня образовательного отпуска. Нормативы обучения варьи-

<sup>1</sup>National Library of Medicine. PubMed (Поисковая система по биомедицинским исследованиям, созданная Национальным центром биотехнологической информации США). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> (дата обращения: 30.05.2025).

<sup>2</sup>Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU (Библиографическая база данных научных публикаций российских учёных и индекс цитирования научных статей). URL: <https://www.elibrary.ru> (дата обращения: 30.05.2025).

руются по провинциям: от 250 ч за 5 лет (Онтарио) до 90 ч за 2 года (Квебек) [11, 14].

В Канаде карьерные трэки носят междисциплинарный характер. Для Nurse Practitioner сертификация через Canadian Nurses Association позволяет вести самостоятельный приём и выписывать рецепты после магистратуры и клинической практики. Paramedics могут работать с ХНИЗ на дому при доплате до 15 тыс. CAD в год, что увеличило кадровую обеспеченность на 40% с 2015 г. [11, 14, 15].

Широкое распространение получила плата за качество (Quality-Based Payments). Так, в модели для 3 и более врачей (Ontario's Family Health Groups) практикуются доплаты за диспансеризацию населения (10 CAD за 1 пациента) [12]. Программа была настолько привлекательна, что по итогу 2024 г. в ней участвовало до 80% врачей первичного звена, а показатели профилактики ХНИЗ выросли в ряде случаев до 20% в краткосрочном периоде. Существуют программы с фиксированной ставкой оплаты за целевые показатели. Так, British Columbia's Longitudinal Family Physician Payment Model предусматривает необходимое число прикрепления населения и участие в поддержании ментального здоровья. При этом дополнительно платится 10 CAD за каждого вакцинированного пациента [15].

Поддержка ментального здоровья специалистов ПМСП является важной составляющей мотивационной канадской модели. Поддержка ментального здоровья реализуется через Canadian Medical Association's «Physician Wellness», предлагающую бесплатные психологические консультации [12, 14].

*Британская модель* отличается высокой структурой при сочетании региональной адаптируемости в рамках единых стандартов National Health Service [16]. Это сильно повлияло на качество ПМСП по всей стране. Централизованный подход сочетается с индивидуальными материальными стимулами, особое внимание уделяется work-life balance и гибкому графику [16].

Карьерный рост реализован через трёхуровневую систему (National Health Service Career Framework). Врачи общей практики могут стать совладельцами медицинских организаций, а медсёстры — Advanced Nurse Practitioners с правом самостоятельного приёма [17]. Стипендии для обучающихся врачей достигают 63 тыс. GBP, гранты за работу в «зонах нехватки» — до 20 тыс. GBP. Медсёстры получают бесплатную магистратуру с ежегодной доплатой 15 тыс. GBP. В 2023 г. 70% выпускников остались работать в первичном звене [18].

Мотивационные выплаты за достижение показателей составляют до 15 тыс. GBP (25% годового дохода), что способствовало росту эффективности на 80% и увеличению ожидаемой продолжительности жизни на 2,3 года за десятилетие [19].

Программа Golden Hello предусматривает единовременные выплаты до 20 тыс. GBP за работу в сельских районах, а Targeted Enhanced Recruitment Scheme — ежегодные доплаты 20 тыс. GBP в Северной Англии. Это повысило укомплектованность

сельских медучреждений с 54% (2018 г.) до 82% (2023 г.) [17, 20].

В Великобритании введено обязательное непрерывное образование для врачей (до 50 ч в год) и для медицинских сестёр (до 35 ч в год). Программы предусматривают образовательный отпуск (до 7 дней в год) для стажировок с полным отрывом от производства [16, 20]. Программа Practitioner Health предоставляет бесплатную психологическую помощь, что вместе с «сезонными контрактами» снизило текучесть кадров на 18% за 5 лет [17].

*Китайская модель* имеет много общего с другими азиатскими моделями (Южная Корея, Япония), но обладает более выраженным и передовым инновационным характером развития и адаптации [21]. Ключевая программа для работы на селе — «Деревенский врач». Для участия в программе необходимо иметь 3 года обучения в медицинском колледже и проходить практику в сельских амбулаториях [22]. Заработная плата на селе выше, чем в городе, на 30—35%. По данным Всемирной организации здравоохранения, к 2024 г. укомплектованность медицинским персоналом достигнет в ряде случаев 96%. Предусмотрена оплата обучения при обязательстве «трёхлетнего контракта». При невыполнении условия и/или досрочном расторжении трудовых обязательств существует штраф [21].

В Китае реализована 5-ступенчатая система оплаты в зависимости от квалификации и стажа работы. Если на 1-й ступени доплаты не предусмотрены, то на 5-й ступени доплата может достигать 50% от текущей заработной платы. Также существует премирование за достижение целевых показателей. Размер премий может достигать до 25% общего годового дохода [23].

Мотивация получать «цифровые» навыки реализуется через программу «Здоровый Китай 2030». Врачи получают баллы, которые можно далее монетизировать. Начисление баллов осуществляется в случае ведения врачом электронных медицинских карт, предоставления телемедицинских консультаций и осуществления дистанционного мониторинга состояния здоровья прикрепленного населения [24, 25].

*Российская модель* в достаточной степени централизована и сочетает в себе сложную структуру с региональной спецификой. На федеральном уровне закреплена привязка зарплат к социально-экономическому статусу регионов, при этом медицинские организации обладают автономией в начислении выплат [26]. Отсутствие единой тарифной сетки создаёт значительный разрыв в оплате труда (до 3 раз между регионами), что влияет на доступность ПМСП для населения. При этом высокая нагрузка на персонал связана с высокими требованиями к качеству и доступности со стороны федеральных органов здравоохранения [27].

Ключевыми программами привлечения кадров являются «Земский доктор» и «Земский фельдшер», предусматривающие единовременные выплаты (1 млн руб. врачам и 500 тыс. руб. фельдшерам) за

работу в сельской местности. К 2023 г. программа привлекла 23 тыс. специалистов, 40% из которых остались после окончания контракта [28]. Программа предусматривает единовременные выплаты до 1 млн руб. для врачей и до 500 тыс. руб. для фельдшеров. По данным на 2023 г., на село привлечено до 23 тыс. специалистов (с 2012 г.), и более 40% остались по истечении контракта. Широкое распространение получило в 2000-е гг. целевое обучение с обязательной отработкой 3—5 лет в госсекторе региона-донора. Однако, согласно статистике, за последние 10 лет механизм не стал мейнстримом для медицинских организаций и региональных органов управления здравоохранения, а доля «невозврата» достигает 35% [29].

Система оплаты труда в России включает 3 компонента: оклад, стимулирующие выплаты за интенсивность и компенсации за условия труда. Средние зарплаты в 2024 г. составляют 100 тыс. руб. для врачей и 60 тыс. руб. для медсестёр [30, 31].

В России введена система непрерывного образования и аккредитации. Обязательным для врачей является накопление 50 зачётных единиц трудоёмкости ежегодно. Однако эксперты отмечают формализм подхода, низкую мотивацию сотрудников и отрыв теории от практики. Основным стимулом служит необходимость прохождения аккредитации каждые 5 лет [30, 32, 33].

### Обсуждение

Американская мотивационная модель является ярко конкурентной. Это не позволяет маленьким клиникам конкурировать с большими корпорациями. Сложная отчётность несёт на себе бремя бюрократических издержек, а система Р4Р ведёт к значительному выгоранию специалистов. Часть инструментов можно адаптировать для России: погашение образовательных кредитов, карьерные треки для среднего медицинского персонала, персональную оплату за результативность, а также доступную для первичного звена систему грантов (научных, образовательных) и бонусов.

Одной из ключевых проблем канадской модели является неравномерность в объёме программ поддержки в разных провинциях, высокие бюрократические издержки — ожидание сертификации может быть более года. Часть инструментов можно адаптировать для России: доплата за диспансеризацию, повышение статуса и роли для среднего медицинского персонала, широкая психологическая поддержка и оплачиваемые wellness-дни.

При высокой степени развитости британская мотивационная модель страдает от высокого уровня бюрократизации и дефицита кадров. Британская модель является централизованной на топ-уровне, но с адаптивным механизмом на местах. Часть инструментов можно адаптировать для России: создание многоуровневых карьерных треков для специалистов ПМСП, упрощённая система сбалансированных показателей для оценки работы врача, оплачи-

ваемые отпуска для обучения, гибкие графики работы.

Китайская модель является прогрессивной для азиатского региона, но при этом роль чиновников от здравоохранения в работе мотивационных программ крайне высока [22, 24, 25]. Это негативно сказывается на укомплектованности медицинским персоналом. Региональный разрыв в заработной плате играет не в пользу села. Часть инструментов можно адаптировать для России: целевое обучение для села, развитие автоматической системы премирования и начисления баллов за достижения целевых показателей.

Ключевые проблемы для российской мотивационной модели: неравномерный уровень социально-экономического развития и заработных плат; высокий дефицит кадров в «зонах нехватки» (до 35 тыс. в 2024 г.); высокая бюрократизация и формализм в образовательном процессе; отсутствие персональных индикаторов деятельности в государственном секторе здравоохранения. Национальная система здравоохранения России имеет большой потенциал профессионального развития. Тиражирование «лучших практик» мотиваторов (Москва, Татарстан) не носит системный характер [32, 33].

Перспективные направления для России могут лежать в следующих областях: расширение профессионального статуса и повышение роли среднего медицинского персонала; формирование «гибких» графиков работы и совершенствование режима труда и отдыха. Ключевые вызовы для отечественной системы здравоохранения: рост бюрократизации (зарегулированность отрасли); «провалы» цифровизации; условия санкций; растущий недостаток кадров в ПМСП в «бедных» регионах; низкая корреляция между квалификацией и уровнем оплаты труда.

### Заключение

Модели разных государств имеют как общие черты, так и национальные отличия. Общемировой тренд — это непрерывное образование, доплаты за квалификацию и профилактика выгорания. При этом североамериканские модели имеют выраженный децентрализованный характер. Европейские страны тяготеют к централизации, но стремятся ввести валидные индикаторы деятельности. Азиатские модели отличаются наличием сверхжесткого государственного регулирования с рыночными механизмами и цифровыми инструментами оценки. Современная российская модель сочетает в себе формальную централизацию при слабом материальном стимулировании профессионального развития. Современная (целевая) модель для всех стран должна быть конкретной (персонифицированной) и контекстуальной (адаптированной).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Мишарин В. М., Кочубей А. В. Активность медицинских общественных объединений за рубежом в сфере профессионального развития врачей // Современные проблемы здравоохра-

- нения и медицинской статистики. 2024. № 5. С. 896—906. DOI: 10.24412/2312-2935-2024-5-896-906
2. Farsi D. Social Media and health care, Part I: Literature review of social media use by health care providers // *J. Med. Internet Res.* 2021. Vol. 23, N 4. P. e23205. DOI: 10.2196/23205.
3. Трегубова Е. С., Кучина Е. В. Проблемы развития персонала в сфере частной стоматологии // *Российский остеопатический журнал.* 2025. № 1. С. 71—87. DOI: 10.32885/2220-0975-2025-1-71-87
4. Твилле П. С., Ледовский В. И., Сирота Н. А., Мадьянова В. В. Распространенность синдрома эмоционального выгорания врачей-ординаторов в Российской Федерации: анализ факторов и подходы к профилактике // *Консультативная психология и психотерапия.* 2024. Т. 32, № 2. С. 171—192. DOI: 10.17759/cpp.2024320209
5. Арсаханова Г. А. Проблемные вопросы внедрения качественного непрерывного профессионального развития врачей // *Управление образованием: теория и практика.* 2022. № 5. С. 10—17. DOI: 10.25726/b5748-2686-0853-u
6. Rice T., Rosenau P., Unruh L. Y., Barnes A. J. United States: health system review // *Health Syst. Transit.* 2020. Vol. 22, N 4. P. 1—441.
7. Knowles M., Crowley A. P., Vasan A., Kangovi S. Community health worker integration with and effectiveness in health care and public health in the United States // *Annu. Rev. Public Health.* 2023. Vol. 44. P. 363—381. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-071521-031648
8. Wouk K., Morgan I., Johnson J. et al. A systematic review of patient-, provider-, and health system-level predictors of postpartum health care use by people of color and low-income and/or uninsured populations in the United States // *J. Womens Health (Larchmt).* 2021. Vol. 30, N 8. P. 1127—1159. DOI: 10.1089/jwh.2020.8738
9. Rangachari P., Thapa A., Sherpa D. L. et al. Characteristics of hospital and health system initiatives to address social determinants of health in the United States: a scoping review of the peer-reviewed literature // *Front. Public Health.* 2024. Vol. 12. P. 1413205. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1413205
10. Rangachari P., Thapa A. Impact of hospital and health system initiatives to address Social Determinants of Health (SDOH) in the United States: a scoping review of the peer-reviewed literature // *BMC Health Serv Res.* 2025. Vol. 25, N 1. P. 342. DOI: 10.1186/s12913-025-12494-2
11. Marchildon G. P., Allin S., Merkur S. Canada: health system review // *Health Syst. Transit.* 2020. Vol. 22, N 3. P. 1—194.
12. Comeau D., Johnson C., Bouhamdani N. Review of current 2SLG-BTQIA+ inequities in the Canadian health care system // *Front. Public Health.* 2023. Vol. 11. P. 1183284. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1183284
13. Doukas D. J., Ozar D. T., Darragh M. et al. Virtue and care ethics & humanism in medical education: a scoping review // *BMC Med. Educ.* 2022. Vol. 22, N 1. P. 131. DOI: 10.1186/s12909-021-03051-6
14. Kiran T., Green M. E., Bai L. et al. Relational continuity, physician payment, and team-based primary care in the Canadian health care system // *J. Am. Board Fam. Med.* 2023. Vol. 36, N 1. P. 130—141. DOI: 10.3122/jabfm.2022.220235R1
15. Mathews M., Ryan D., Deslauriers V. et al. Care-seeking experiences of unattached patients in the Canadian health care system: qualitative study // *Can. Fam. Physician.* 2024. Vol. 70, N 6. P. 396—403. DOI: 10.46747/cfp.7006396
16. Thomson A. Should we defund the national health service? // *Br. J. Hosp. Med. (Lond).* 2024. Vol. 85, N 8. P. 1—5. DOI: 10.12968/hmed.2024.0140
17. Roderick P., Pollock A. M. Dismantling the national health service in England // *Int. J. Health Serv.* 2022. Vol. 52, N 4. P. 470—479. DOI: 10.1177/00207314221114540
18. Lim S. J., Jang S. I. Leveraging national health insurance service data for public health research in Korea: structure, applications, and future directions // *J. Korean Med. Sci.* 2025. Vol. 40, N 8. P. e111. DOI: 10.3346/jkms.2025.40.e111
19. Hedley-Whyte J., Milamed D. R. Planning of the UK's National Health Service // *Ulster Med. J.* 2022. Vol. 91, N 1. P. 39—44.
20. Price C., Suhomlinova O., Green W. Researching big IT in the UK National Health Service: a systematic review of theory-based studies // *Int. J. Med. Inform.* 2024. Vol. 185. P. 105395. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2024.105395
21. Chen L., Cheng M. Exploring Chinese elderly's trust in the health-care system: empirical evidence from a population-based survey in China // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022. Vol. 19, N 24. P. 16461. DOI: 10.3390/ijerph192416461
22. Umar M., Mata M. N., Abbas A. et al. Performance evaluation of the Chinese healthcare system // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021. Vol. 18, N 10. P. 5193. DOI: 10.3390/ijerph18105193
23. Chen C., Liu M. Achievements and challenges of the healthcare system in China // *Cureus.* 2023. Vol. 15, N 5. P. e39030. DOI: 10.7759/cureus.39030
24. Zhu Y., Li Y., Wu M., Fu H. How do Chinese people perceive their healthcare system? Trends and determinants of public satisfaction and perceived fairness, 2006—2019 // *BMC Health Serv. Res.* 2022. Vol. 22, N 1. P. 22. DOI: 10.1186/s12913-021-07413-0
25. Yan N., Liu T., Xu Y. et al. Healthcare preferences of the general Chinese population in the hierarchical medical system: a discrete choice experiment // *Front. Public Health.* 2022. Vol. 10. P. 1044550. DOI: 10.3389/fpubh.2022.1044550
26. Бобкова Т. В. Анализ механизмов оценки и оплаты труда медицинских работников во взаимосвязи с ростом профессиональных компетенций стоматологов // *Труд и социальные отношения.* 2022. Т. 33, № 6. С. 72—81. DOI: 10.20410/2073-7815-2022-33-6-72-81
27. Кинчагулова М. В., Брынза Н. С., Горбунова О. П. и др. Исследование мотивации будущих врачей к работе в сельской местности и малых городах // *Менеджер здравоохранения.* 2024. № 9. С. 112—120. DOI: 10.21045/1811-0185-2024-9-112-120
28. Шкарин В. В., Барканова О. Н., Михальченко Д. В., Доница А. Д. Выбор профессиональной траектории врача в условиях образовательной среды регионального медицинского вуза // *Волгоградский научно-медицинский журнал.* 2024. Т. 21, № 1. С. 28—36.
29. Смольникова П. С., Мадьянова В. В. Синдром эмоционального выгорания и мотивация к работе в сфере здравоохранения на примере обучающихся медицинских университетов и молодых практикующих врачей города Москвы // *Проблемы стандартизации в здравоохранении.* 2023. № 3—4. С. 60—67. DOI: 10.26347/1607-2502202303-04060-067
30. Снегирева Т. Г., Шадрин Ю. Е. Вектор интеграции медицинских сестер-бакалавров в практическом здравоохранении // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2021. Т. 29. № 3. С. 503—508. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-3-503-508
31. Аракелян Н. Л. Наставничество как фактор профессионального развития медицинских работников // *Ремедиум.* 2024. Т. 28, № 2. С. 157—156. DOI: 10.32687/1561-5936-2024-28-2-157-156
32. Бурдастова Ю. В. Факторы карьерных стратегий молодых специалистов поликлиник г. Москвы // *Труд и социальные отношения.* 2024. Т. 35, № 5. С. 148—157. DOI: 10.20410/2073-7815-2024-35-5-148-157
33. Кобякова О. С., Левко А. Н., Бахтеева А. В. и др. Профессиональное выгорание врачей: особенности поколений // *Российский медицинский журнал.* 2021. Т. 27, № 3. С. 205—216. DOI: 10.17816/0869-2106-2021-27-3-205-216

Поступила 31.03.2025  
Принята в печать 15.07.2025

## REFERENCES

1. Misharin V. M., Kochubey A. V. The activity of medical public associations abroad in the field of professional development of doctors. *Sovremennye problemy zdoravoohraneniya i medicinskoj statistiki.* 2024;(5):896—906. DOI: 10.24412/2312-2935-2024-5-896-906
2. Farsi D. Social media and health care, part I: literature review of social media use by health care providers. *J. Med. Internet Res.* 2021;23(4):e23205. DOI: 10.2196/23205
3. Tregubova E. S., Kuchina E. V. Problems of personnel development in the field of private dentistry. *Rossijskij osteopaticeskij zhurnal.* 2025;(1):71—87. DOI: 10.32885/2220-0975-2025-1-71-87
4. Twille P. S., Ledovsky V. I., Sirota N. A., Madyanova V. V. The prevalence of burnout syndrome of resident physicians in the Russian Federation: an analysis of factors and approaches to prevention. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija.* 2024;32(2):171—192. DOI: 10.17759/cpp.2024320209
5. Arsakhanova G. A. Problematic issues of the introduction of high-quality continuous professional development of doctors. *Upravlenie obrazovaniem: teorija i praktika.* 2022;(5):10—17. DOI: 10.25726/b5748-2686-0853-u
6. Rice T., Rosenau P., Unruh L. Y., Barnes A. J. United States: health system review. *Health Syst Transit.* 2020;22(4):1—441.
7. Knowles M., Crowley A. P., Vasan A., Kangovi S. Community health worker integration with and effectiveness in health care and public health in the United States. *Annu. Rev. Public Health.*

- 2023;44:363–381. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-071521-031648
8. Wouk K., Morgan I., Johnson J. et al. A systematic review of patient-, provider-, and health system-level predictors of postpartum health care use by people of color and low-income and/or uninsured populations in the United States. *J. Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(8):1127–1159. DOI: 10.1089/jwh.2020.8738
  9. Rangachari P., Thapa A., Sherpa D. L. et al. Characteristics of hospital and health system initiatives to address social determinants of health in the United States: a scoping review of the peer-reviewed literature. *Front. Public Health*. 2024;12:1413205. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1413205
  10. Rangachari P., Thapa A. Impact of hospital and health system initiatives to address Social Determinants of Health (SDOH) in the United States: a scoping review of the peer-reviewed literature. *BMC Health Serv. Res.* 2025;25(1):342. DOI: 10.1186/s12913-025-12494-2
  11. Marchildon G. P., Allin S., Merkur S. Canada: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020;22(3):1–194.
  12. Comeau D., Johnson C., Bouhamdani N. Review of current 2SLG-BTQIA+ inequities in the Canadian health care system. *Front. Public Health*. 2023;11:1183284. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1183284
  13. Doukas D. J., Ozar D. T., Darragh M. et al. Virtue and care ethics & humanism in medical education: a scoping review. *BMC Med. Educ.* 2022;22(1):131. DOI: 10.1186/s12909-021-03051-6
  14. Kiran T., Green M. E., Bai L. et al. Relational continuity, physician payment, and team-based primary care in the Canadian health care system. *J. Am. Board Fam. Med.* 2023;36(1):130–141. DOI: 10.3122/jabfm.2022.220235R1
  15. Mathews M., Ryan D., Deslauriers V. et al. Care-seeking experiences of unattached patients in the Canadian health care system: qualitative study. *Can. Fam. Physician.* 2024;70(6):396–403. DOI: 10.46747/cfp.7006396
  16. Thomson A. Should we defund the national health service? *Br. J. Hosp. Med. (Lond)*. 2024;85(8):1–5. DOI: 10.12968/hmed.2024.0140
  17. Roderick P., Pollock A. M. Dismantling the National Health Service in England. *Int. J. Health Serv.* 2022;52(4):470–479. DOI: 10.1177/00207314221114540
  18. Lim S. J., Jang S. I. Leveraging national health insurance service data for public health research in Korea: structure, applications, and future directions. *J. Korean Med. Sci.* 2025;40(8):e111. DOI: 10.3346/jkms.2025.40.e111
  19. Hedley-Whyte J., Milamed D. R. Planning of the UK's National Health Service. *Ulster Med. J.* 2022;91(1):39–44.
  20. Price C., Suhomlinova O., Green W. Researching big IT in the UK National Health Service: a systematic review of theory-based studies. *Int. J. Med. Inform.* 2024;185:105395. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2024.105395
  21. Chen L., Cheng M. Exploring Chinese Elderly's Trust in the health-care system: empirical evidence from a population-based survey in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19(24):16461. DOI: 10.3390/ijerph192416461
  22. Umar M., Mata M. N., Abbas A. et al. Performance evaluation of the Chinese healthcare system. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18(10):5193. DOI: 10.3390/ijerph18105193
  23. Chen C., Liu M. Achievements and challenges of the healthcare system in China. *Cureus*. 2023;15(5):e39030. DOI: 10.7759/cureus.39030
  24. Zhu Y., Li Y., Wu M., Fu H. How do Chinese people perceive their healthcare system? Trends and determinants of public satisfaction and perceived fairness, 2006–2019. *BMC Health Serv. Res.* 2022;22(1):22. DOI: 10.1186/s12913-021-07413-0
  25. Yan N., Liu T., Xu Y. et al. Healthcare preferences of the general Chinese population in the hierarchical medical system: a discrete choice experiment. *Front. Public Health*. 2022;10:1044550. DOI: 10.3389/fpubh.2022.1044550
  26. Bobkova T. V. Analysis of the mechanisms of assessment and remuneration of medical workers in relation to the growth of professional competencies of dentists. *Trud i social'nye otnosheniya*. 2022;33(6):72–81. DOI: 10.20410/2073-7815-2022-33-6-72-81
  27. Kinchagulova M. V., Brynza N. S., Gorbunova O. P. et al. A study of the motivation of future doctors to work in rural areas and small towns. *Menedzher zdravoohraneniya*. 2024;9:112–120. DOI: 10.21045/1811-0185-2024-9-112-120
  28. Shkarin V. V., Barkanova O. N., Mikhalchenko D. V., Donika A. D. Choosing a doctor's professional trajectory in the educational environment of a regional medical university. *Volgogradskij nauchno-medicinskij zhurnal*. 2024;21(1):28–36.
  29. Smolnikova P. S., Madyanova V. V. Burnout syndrome and motivation to work in the healthcare sector using the example of medical university students and young practicing doctors in Moscow. *Problemy standartizacii v zdravoohranenii*. 2023;(3–4):60–67. DOI: 10.26347/1607-2502202303-04060-067
  30. Snegireva T. G., Shadrina Yu. E. Vector of integration of bachelor nurses in practical healthcare. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*. 2021;29(3):503–508. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-3-503-508
  31. Arakelyan N. L. Mentoring as a factor of professional development of medical workers. *Remedium*. 2024;28(2):157–156. DOI: 10.32687/1561-5936-2024-28-2-157-156
  32. Burdastova Yu. V. Factors of career strategies of young specialists of polyclinics in Moscow. *Trud i social'nye otnosheniya*. 2024;35(5):148–157. DOI: 10.20410/2073-7815-2024-35-5-148-157
  33. Kobyakova O. S., Levko A. N., Bakhteeva A. V. et al. Professional burnout of doctors: generational features. *Rossijskij medicinskij zhurnal*. 2021;27(3):205–216. DOI: 10.17816/0869-2106-2021-27-3-205-216